

Maßbogen

Reo®Skoliose &

Kyphose Orthesen

Auftrag-Nr.:

Datum :

Techniker:

Firma / S	tempel:
-----------	---------

Ansprechpartner:	Tel. Ansprechp.:	Mail Ansprechp.:	Pat. Codename.:
Geb. Datum.:	Datum Menarche:	Datum Stimmbruch:	Therapieart.:
Sportart.:	Complianz:	Stehgröße Pat. in cm.:	Sitzgröße Pat. in cm.:
Ausführung:	Korsettart.:	Neu- od. Folgeversorgung:	Bei Folgeversorgung:
Farbe Korsett: Zu den Dekopapieren	T-Shirt od. Schlauch.:	Größe T-Shirt/Schlauch:	Datum geplante Anprobe:
Sonstige Bemerkung(en):			

